|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CHECK-UP MUJER CÍCLICA** | | | | |
| **PROCEDIMIENTO** | | **DR(A)/ENF. QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO** | **Fecha en que se realiza el estudio** | **Fecha programada para el estudio** |
|  | USG Mamario |  |  |  |
|  | USG Pélvico |  |  |  |
|  | Cultivos Especiales |  |  |  |
|  | Papanicolaou |  |  |  |
|  | Colposcopía |  |  |  |
|  | Perfil Hormonal Femenino Fase I |  |  |  |
|  | Perfil hormonal Femenino Fase II |  |  |  |
|  | Consulta Ginecología |  |  |  |
|  | Consulta Nutrición |  |  |  |
|  | Valoración Biología de la Reproducción |  |  |  |
|  | **Opción: Genotipificación de VPH** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |